Le système de **santé** et de **services sociaux** au **Québec**

En bref

15-731-02W

ENSEMBLE on fait avancer le Québec

Québec

Édition :
La Direction des communications
du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document peut être consulté à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-74061-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

Le système de santé et de services sociaux au Québec

Le système de santé et de services sociaux, tel que nous le connaissons, a été institué en 1971 à la suite de l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'Assemblée nationale du Québec.

Le système québécois est public, l'État agissant comme principal assureur et administrateur.

Régimes d'assurance

Deux régimes universels permettent à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État :

- le régime d'assurance hospitalisation, instauré en 1961 ;
- et le régime d'assurance maladie, créé en 1970.

De plus, certains services sont offerts gratuitement à des groupes en particulier, selon des critères précis, tels que les services dentaires, les services optométriques et les appareils suppléant à une déficience physique.

Par ailleurs, en 1997, le régime général d'assurance médicaments est venu compléter la couverture publique de la population québécoise dans le secteur de la santé. Il s'agit d'un régime mixte universel, fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés. Ajoutons que les régimes privés d'assurance collective couvrent outre les médicaments certains services non assurés par les régimes publics.

Financement des services

Le financement des services de santé et des services sociaux repose essentiellement sur la fiscalité générale, ce qui permet une répartition plus équitable du risque dans la société. Les revenus proviennent principalement des impôts et des taxes prélevés par le gouvernement du Québec puis versés dans le Fonds consolidé du revenu, des cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé, du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, ainsi que des transferts du gouvernement fédéral.

Statistiques sur les dépenses

Au Québec, en 2012, les dépenses totales en santé[1] étaient de l'ordre de 43,5 milliards de dollars. Elles comprennent les dépenses publiques (incluant les dépenses directes du gouvernement fédéral pour les clientèles dont il a la charge) et les dépenses privées (réclamations aux assurances privées, paiements directs – tels que la contribution à l'hébergement (CHSLD) et pour l'achat de médicaments – effectués par les particuliers, dons, etc.). Les dépenses publiques de santé, qui s'élevaient en 2012 à 30,5 milliards de dollars, représentant 70,2 % des dépenses totales.

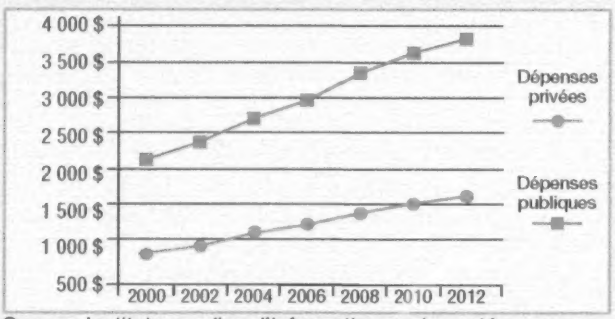
Dépenses de santé comparatives, Québec et Canada, 2012

Dépenses	Québec	Canada**
Dépenses totales de santé par habitant*	5 375 $	5 911 $
Dépenses totales de santé en proportion du produit intérieur brut (PIB)	12,1 %	11,3 %
Proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé	70,2 %	70,6 %
Dépenses publiques de santé par habitant*	3 773 $	4 175 $

* Les données illustrées ci-dessus sont en dollars courants.
** Incluant les dépenses en santé au Québec
Source : Institut canadien d'information sur la santé.

De 2000 à 2012, les dépenses publiques et privées de santé ont respectivement eu un taux de croissance annuel moyen de 4,9 % et de 5,8 %.

Dépenses publiques et privées de santé par habitant, en dollars courants, Québec, de 2000 à 2012



Source : Institut canadien d'information sur la santé.

1 Les dépenses en services sociaux sont exclues des estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé. Elles représentent environ 12 % de la dépense totale de la mission santé et services sociaux du gouvernement du Québec.

L'état de santé de la population

L'espérance de vie à la naissance de la population a crû depuis les années 1920 pour atteindre 82,2 ans en 2013.

Les habitudes de vie se sont améliorées au cours des dernières années. Pourtant, en 2013, plus de la moitié des Québécois consommaient moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes. En 2011-2012, 22 % des adultes avaient un mode de vie sédentaire et 44 % des adolescents étaient actifs durant les loisirs et les transports. La proportion d'adultes obèses est par ailleurs passée de 11 % à 18 % de 1994 à 2013. De plus, le Québec est l'une des provinces où la proportion de fumeurs est la plus élevée au Canada.

Une très forte proportion de la population se dit en bonne santé, tant physique que mentale. Autre signe positif, le Québec montre une diminution du taux de suicide, particulièrement chez les jeunes hommes et les adolescents, depuis le début des années 2000.

Au Québec, comme dans la majorité des pays industrialisés, l'augmentation de la prévalence des incapacités et des maladies chroniques ainsi que l'anticipation de besoins plus grands en matière de soins de longue durée exercent des pressions importantes sur le système de santé et de services sociaux. Près de la moitié de la population âgée de 15 ans et plus déclarait au moins un problème de santé chronique en 2010-2011. L'hypertension touche maintenant 24 % des Québécois âgés de 20 et plus et le diabète en affecte 9 % (2012-2013).

La prévalence des maladies cardiaques et du cancer est en augmentation. Le cancer constitue, depuis 2000, la première cause de mortalité, malgré une amélioration du taux de survie cinq ans après le diagnostic. Plus de la moitié des nouveaux cas de cancer sont des cancers de la prostate, du poumon, du sein ou colorectal. De même, la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence progressent.

Les incapacités modérées ou graves touchaient près de 11 % de la population, tous âges confondus, en 2010-2011. Cette prévalence s'accroissait toutefois avec l'âge. Le taux d'incapacité chez les enfants augmente au Québec depuis 2001.

Par ailleurs, le Québec se caractérise par un vieillissement accéléré de sa population. La proportion des personnes de 65 ans et plus, qui se situait entre 12 et 13 % à la fin des années 1990, doublera pour passer à 25 % en 2031. Seul le Japon présente un phénomène plus accéléré que celui du Québec.

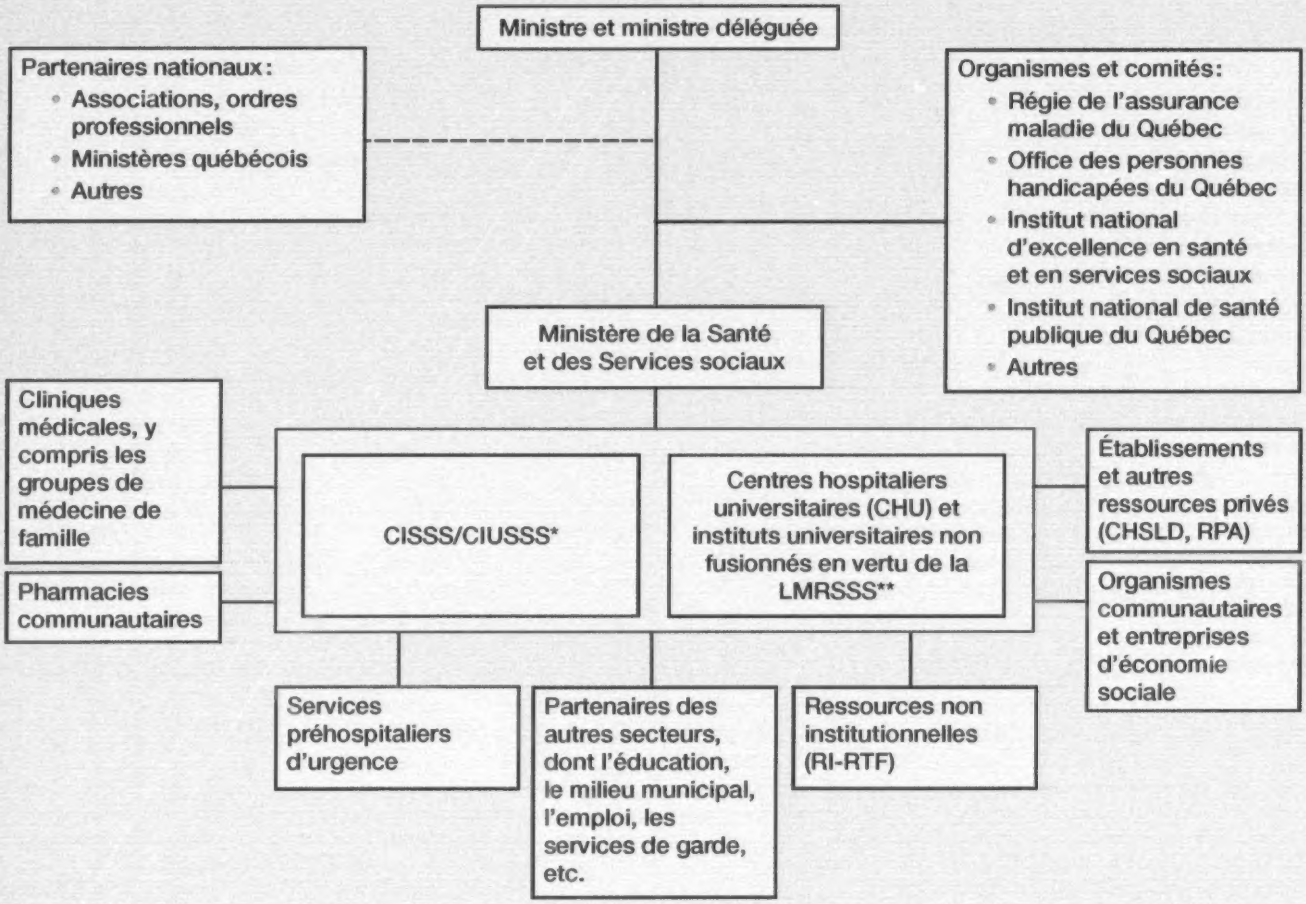
En plus d'accroître la demande quant aux services de santé et aux services sociaux, cette tendance requiert d'adapter l'offre des soins et de services pour mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes qui sont affectées par les maladies chroniques, les troubles cognitifs ou les incapacités dans la vie quotidienne.

En 2011-2012, 12 % de la population était atteinte de troubles mentaux diagnostiqués.

Certains comportements et problèmes sociaux demeurent préoccupants dans la population québécoise, tels que les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent.

Enfin, malgré les gains enregistrés au cours des dernières années, les inégalités sociales de santé persistent. Ces inégalités, liées à la pauvreté et à d'autres conditions, se traduisent notamment par une espérance de vie réduite ainsi que par des prévalences plus élevées de maladies chroniques, de dépendance à l'alcool ou aux drogues et de prise en charge par les services en protection de la jeunesse.

Structure du système de santé et de services sociaux



* Neuf des 22 centres intégrés de santé et de services sociaux peuvent utiliser dans leur nom les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ».

** Les 7 établissements non fusionnés suivants sont rattachés au Ministère et offrent des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance : CHU de Québec - Université Laval ; Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval ; Centre hospitalier de l'Université de Montréal ; Centre universitaire de santé McGill ; Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ; Institut de Cardiologie de Montréal ; Institut Philippe-Pinel de Montréal.

En outre, 5 établissements publics, non visés par la LMRSSS, desservent une population nordique et autochtone. Ils ne figurent pas dans l'illustration ci-dessus.

Abréviations :

- CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- LMRSSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)
- RI et RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial
- RPA : résidence privée pour aînés

Les responsabilités de gouvernance

Le système de santé et de services sociaux du Québec repose sur 2 paliers de gouvernance.

Les agences de la santé et des services sociaux, qui constituaient le palier régional, ont été abolies à la suite de l'entrée en vigueur, le 1er avril 2015, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) (RLRQ, chapitre O-7.2).

Les fonctions et responsabilités qui étaient dévolues aux agences ont été partagées, d'une part, entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et, d'autre part, entre les nouveaux établissements issus de la fusion des établissements publics d'une région et de l'agence de cette région. Ces établissements sont appelés des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (centres intégrés). Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il se nomme centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

Dans les régions sociosanitaires qui ont plus d'un centre intégré, soit les régions de Montréal, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de la Montérégie, l'agence a été intégrée à un seul de ces établissements.

Responsabilités du Ministère

- Réguler et coordonner l'ensemble du système de santé et de services sociaux;
- Déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être et les standards relatifs à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau, et veiller à leur application;
- Exercer les fonctions nationales de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé);
- Assurer la coordination interrégionale des services;
- S'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- Répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles et voir au contrôle de leur utilisation;
- Évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système.

Responsabilités dévolues à tous les établissements de la santé et des services sociaux

- Offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes;
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci;
- Réaliser des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention lorsque ces établissements ont une vocation universitaire;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du Ministère en fonction de ses attentes.

Responsabilités particulières dévolues aux centres intégrés

- S'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau;
- Planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales;
- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services (RTS) pour répondre aux besoins de la population;
- Assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) de leur territoire;
- Accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées concernées.

Les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux exercent les mêmes fonctions et responsabilités. Cependant, la composition des conseils d'administration des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux est différente, puisque 2 personnes sont nommées à partir d'une liste de noms fournie par les universités.

Le Ministère et ses principaux partenaires

Le ministère ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux ont pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux est présentée à l'**annexe 1**.

Les organismes relevant du ministre

Plusieurs organismes et autres entités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre. Mentionnons notamment:

- L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;
- Héma-Québec;
- L'Institut national de santé publique du Québec;
- L'Office des personnes handicapées du Québec;
- La Régie de l'assurance maladie du Québec.

Régions sociosanitaires du Québec

Le ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec les établissements de santé et de services sociaux, répartis dans 18 régions sociosanitaires.

Voir la carte des régions sociosanitaires du Québec à l'annexe 2.

Mission des établissements

Les établissements offrent à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux 5 grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) selon qu'ils exploitent un :

- centre local de services communautaires (CLSC);
- centre hospitalier (CH);
- centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- centre de réadaptation (CR).

Au Québec, un établissement peut assumer plus d'une mission. Ainsi, les centres intégrés peuvent exploiter un CLSC, un CHSLD, un CH, un CPEJ et un CR. Ces regroupements de missions visent une meilleure intégration des services.

La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique. Le centre intégré qui assume cette mission doit s'assurer que les personnes ayant besoin de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs proches soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leurs soient fournis à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu

de vie des personnes, c'est-à-dire à l'école, au travail ou à domicile. Au besoin, il s'assurera que ces personnes sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un centre hospitalier (CH) est d'offrir des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés. Il existe deux classes de CH :

- le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
- le centre hospitalier de soins psychiatriques.

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) est d'offrir des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, aux jeunes dont la situation le requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C., 2002, chapitre 1). Cette mission couvre aussi le placement d'enfants, la médiation familiale, l'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, l'adoption et la recherche des antécédents biologiques.

La mission d'un centre de réadaptation (CR) est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, ont besoin de tels services. Le CR doit également offrir des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Un CR appartient à une ou à plusieurs des classes suivantes, selon la clientèle à laquelle il s'adresse :

- centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ;
- centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (auditive, visuelle, motrice ou du langage) ;
- centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance ;
- centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ;
- centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation.

Répartition des établissements

Au 1er avril 2015, le réseau québécois de la santé et des services sociaux comprend :

- 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (centres intégrés). Neuf d'entre eux se nomment des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux. Seul un centre intégré qui se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou qui exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social peut utiliser dans son nom les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux » ;
- 7 établissements non fusionnés à un centre intégré, soit 4 centres hospitaliers universitaires (CHU) et 3 instituts universitaires (IU) ;
- 5 établissements non visés par la LMRSSS desservant une population nordique et autochtone.

Chacun des établissements peut offrir des services dans plusieurs installations qui sont des lieux physiques où sont dispensés les soins de santé et de services sociaux.

Notons que 17 établissements ont été regroupés à des centres intégrés. Ces établissements n'ont pas fait l'objet de fusion avec d'autres établissements en vertu de la LMRSSS, mais ils sont administrés par le conseil d'administration du centre intégré auquel ils sont regroupés.

En plus des services offerts par les établissements publics, la population bénéficie des services des établissements privés qui offrent notamment des services en hébergement et des soins de longue durée.

Par ailleurs, 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés. Ce sont les réseaux universitaires intégrés de santé de l'Université Laval, de l'Université McGill, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke.

Partenaires du système

Outre les ressources institutionnelles, les partenaires suivants contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux :

- les médecins omnipraticiens et les spécialistes ;
- les pharmacies communautaires ;
- les services préhospitaliers d'urgence ;
- les organismes communautaires ;
- les entreprises d'économie sociale d'aide domestique ;
- les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ;
- les résidences privées pour aînés.

Bien que les **omnipraticiens et les spécialistes** soient des travailleurs autonomes, la très vaste majorité de ces médecins exercent exclusivement à l'intérieur du système public, celui-ci ayant toujours été en mesure d'établir des partenariats avec eux. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est responsable de la rémunération des médecins pratiquant dans le régime public. De nouvelles pratiques de rémunération ont été introduites dès 1999, mais le paiement à l'acte demeure le mode principal de rémunération de ces professionnels de la santé.

Parmi les divers types de **regroupements de médecins**, mentionnons les groupes de médecine de famille (GMF), un mode privilégié par le Québec pour améliorer l'accès de tous les citoyens à un médecin de famille, et les cliniques-réseau.

Le **groupe de médecine de famille (GMF)** se définit comme une organisation composée de médecins de famille qui travaillent en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé relevant du réseau public. Le GMF offre des services médicaux de première ligne, avec ou sans rendez-vous et dans ses bureaux ou à domicile, pendant les heures d'ouverture en semaine, les fins de semaine et les jours fériés. L'inscription auprès d'un médecin de famille membre d'un GMF est volontaire et gratuite.

Les **cliniques-réseau** correspondent à un modèle d'organisation dont l'objectif premier consiste à favoriser l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Complémentaires aux GMF, elles donnent accès à une plus vaste gamme de services médicaux, offerts pendant des plages horaires étendues. L'instauration d'un corridor de services privilégié avec un centre intégré, par exemple, améliore l'accès des médecins omnipraticiens aux plateaux techniques et aux soins spécialisés.

Environ 70% des **pharmaciens** travaillent en pharmacies communautaires. De ce nombre, 33 % sont propriétaires de leur pharmacie. Au Québec, seul un pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie, une situation unique au Canada. Les pharmaciens communautaires assurent l'accessibilité aux services pharmaceutiques aux patients qui reçoivent des services de santé sur une base ambulatoire. L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé.

Données sur les effectifs du réseau de la santé et des services sociaux

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,9 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2014, on comptait :

- 975 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 702, à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 268 127 cadres ou salariés dans les agences et les autres autorités régionales de santé et de services sociaux ainsi que dans les établissements publics ou privés conventionnés :
  - 191 295 personnes affectées aux programmes-services, ce qui inclut notamment 112 973 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires et 58 341 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux ;
  - 76 832 personnes affectées aux programmes-soutien ou membres du personnel d'encadrement.

De plus, en 2013-2014, 30 318 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 8 710 médecins omnipraticiens, 9 779 médecins spécialistes et 3 544 médecins résidents.

Les agences de la santé et de services sociaux ont été abolies le 1er avril 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la LMRSSS (RLRQ, chapitre O-7.2). Une partie des effectifs des agences ont été transférés dans les établissements et au Ministère.

L'entrée en vigueur, le 20 juin 2015, de modifications à la Loi sur la pharmacie (RLRQ, chapitre P-10) permet aux pharmaciens d'exercer de nouvelles activités, telles que :

- Prolonger une ordonnance ;
- Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ;
- Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire ;
- Ajuster une ordonnance ;
- Substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement ;
- Prescrire des médicaments pour certaines conditions mineures lorsque le diagnostic et le traitement sont connus ;
- Administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié.

Services préhospitaliers d'urgence

Outre les services ambulanciers, plusieurs interventions sont entreprises pour assurer à la population une réponse efficace dans toute situation d'urgence. Ainsi, le service d'urgence 9-1-1, dont la réponse est assurée par le centre d'appel d'urgence de la municipalité ou du territoire concerné, reçoit et transmet les appels d'urgence au centre de communication santé (CCS) lorsque des services ambulanciers sont requis. Les répartiteurs médicaux d'urgence du CCS déterminent alors la nature de la situation et communiquent très rapidement avec les services ambulanciers.

Les techniciens ambulanciers paramédicaux ont la responsabilité d'évaluer l'état de santé des patients, de leur donner les soins nécessaires et de les transporter vers un centre hospitalier. Au Québec, ces services ambulanciers sont assurés par des entreprises privées, des coopératives et par Urgences-santé, une entreprise du secteur public qui couvre les territoires de Montréal et de Laval.

Les **organismes communautaires subventionnés** sont reconnus par le Ministère et les établissements comme des partenaires autonomes et à part entière du système de santé et de services sociaux. Ils se consacrent notamment :

- à offrir des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire ;
- à mener des activités qui visent notamment la promotion et la défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux ;
- à promouvoir le développement social, l'amélioration des conditions de vie et la santé auprès de la population du Québec ;
- à répondre à des besoins nouveaux en utilisant des approches novatrices ou en visant des groupes particuliers de personnes.

Les **entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EESAD)** contribuent au soutien à domicile en fournissant des services d'entretien ménager (travaux légers et lourds, entretien des vêtements, préparation de repas, approvisionnement, etc.) à des usagers qui ont des incapacités. Ce type de services est financé à la fois par les usagers, qui contribuent en fonction de leurs revenus, et par le gouvernement.

Ces partenaires peuvent également offrir des services aux proches aidants tels que le répit ou la présence-surveillance et des services d'assistance personnelle aux activités de la vie quotidienne (AVQ), c'est-à-dire des activités de base qui demandent, pour être accomplies, l'aide d'une tierce personne (se laver, s'habiller, manger, etc.), et certaines AVQ reliées aux soins à la personne, tels que la gestion des fonctions urinaire et intestinale, la prise de signes vitaux, l'administration de médicaments, etc. Les services offerts par les EESAD sont complémentaires à ceux du secteur public.

Milieu complémentaire au milieu naturel ou au milieu institutionnel, les **ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF)** ont leur place bien à elles au sein de la trajectoire des services de santé et des services sociaux du Québec. Elles permettent, par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des personnes, de favoriser et de maintenir leur intégration, leur participation sociale et leur rétablissement au cœur de la communauté. Elles offrent des services de soutien ou d'assistance à des personnes de tous les âges.

Agissant dans un esprit de partenariat avec les établissements publics qui assurent le suivi professionnel de ces personnes qui leurs sont confiées, les ressources sont complémentaires à la mission de ces établissements publics d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité aux personnes qui le requièrent.

Les principaux types d'organisation résidentielle pour une RI sont l'appartement supervisé, la maison de chambres, la maison d'accueil et la résidence de groupe. Les RTF se composent de familles d'accueil pour les enfants et de résidences d'accueil pour les adultes et les personnes âgées.

En 2013, un nouveau règlement gouvernemental est entré en vigueur afin de resserrer le processus de certification des **résidences privées pour aînés**.

Désormais, le titre de « résidence privée pour aînés » est une appellation réservée aux résidences privées qui ont obtenu une certification de conformité. Il existe deux catégories de résidences privées, soit la résidence dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et la résidence dont les services sont destinés aux personnes âgées semi-autonomes. Pour chaque catégorie, des critères et des normes d'exploitation ont été établis par le gouvernement afin d'assurer la qualité des services et la sécurité des résidents.

Réseaux territoriaux et locaux de services

L'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux est favorisée par la mise en place de réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux **(RTS)** visant à assurer des services de proximité et leur continuité.

Le centre intégré est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux **(RLS)** au sein de son RTS.

Le centre intégré et ses partenaires partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Pour assumer cette responsabilité populationnelle, ils doivent rendre accessible un ensemble d'interventions et de services le plus complet possible, à proximité du milieu de vie des personnes. Ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes par le système de santé et de services sociaux. Le modèle repose en outre sur le principe de hiérarchisation des services, lequel facilite la complémentarité des services et le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne.

Le centre intégré doit assurer la coordination des services offerts par tous les partenaires des réseaux de services, soit :

- les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille (GMF) ;
- les pharmacies communautaires ;
- les organismes communautaires ;
- les entreprises d'économie sociale ;
- les établissements et autres ressources privés, par exemple les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou des résidences privées pour aînés (RPA) ;
- les ressources non institutionnelles, c'est-à-dire les ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) ;
- les centres hospitaliers et les instituts universitaires non fusionnés qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés à la population ;
- le cas échéant, d'autres centres intégrés qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés à la population du réseau de services compte tenu des missions supra territoriales qu'ils assument (exemples : centre hospitalier, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation), et en conformité avec les trajectoires de services établies ;
- les partenaires d'autres secteurs d'activité : scolaire, municipal, emploi, etc.

Voir l'annexe 3

Programmes-services et programmes-soutien

Au Québec, le système de santé et de services sociaux se découpe en programmes-services et en programmes-soutien. Cette configuration fournit un cadre pour la planification, la budgétisation, l'allocation des ressources et la reddition de comptes.

Il existe actuellement 9 programmes-services, soit :

- 2 programmes-services pour les besoins touchant l'ensemble de la population :
  - **santé publique**, qui permet d'assurer la promotion, la prévention, la protection de la santé et du bien-être ainsi que la surveillance de l'état de santé de la population ;
  - **services généraux – activités cliniques et d'aide**, qui couvre les services de première ligne en matière de santé ou de problèmes sociaux ponctuels.
- 7 programmes-services consacrés à des problématiques particulières :
  - soutien à l'autonomie des personnes âgées ;
  - déficience physique, pour les incapacités liées à l'audition, à la vision, au langage et à la parole ou aux activités motrices ;
  - déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ;
  - jeunes en difficulté ;
  - dépendances, telles que l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique ;
  - santé mentale ;
  - santé physique, qui couvre les services d'urgence, les services spécialisés et surspécialisés, les services en continu exigeant un suivi systématique (exemples : maladies chroniques, cancer) ainsi que les soins palliatifs.

Quant aux 3 programmes-soutien, ils regroupent les activités de nature administrative et technique appuyant les programmes-services. Ce sont :

- l'administration ;
- le soutien aux services ;
- la gestion des bâtiments et des équipements.

Annexe **1**

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28)

Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (RLRQ, chapitre A-33.1)

Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2)

Loi sur les cimetières non catholiques (RLRQ, chapitre C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (RLRQ, chapitre C-32.1.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (RLRQ, chapitre F-4.0021)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (RLRQ, chapitre H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (RLRQ, chapitre I-11)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (RLRQ, chapitre I-13.03)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RLRQ, chapitre L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2)

Loi assurant la mise en oeuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (RLRQ, chapitre M-35.1.3)

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001)

Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (RLRQ, chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (RLRQ, chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2)

Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001) (non en vigueur)

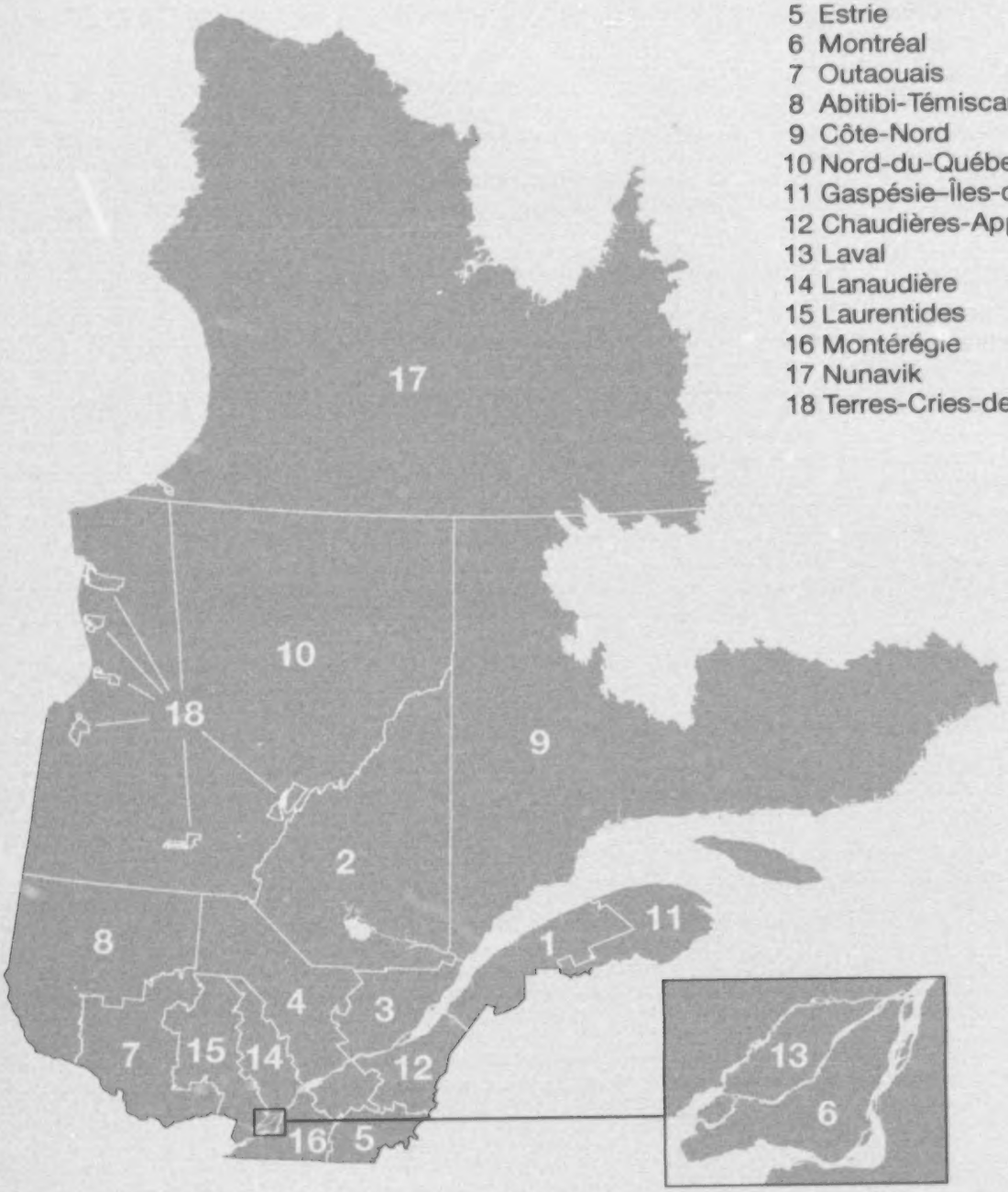
Loi sur le tabac (RLRQ, chapitre T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (RLRQ, chapitre U-0.1)

Annexe **2**

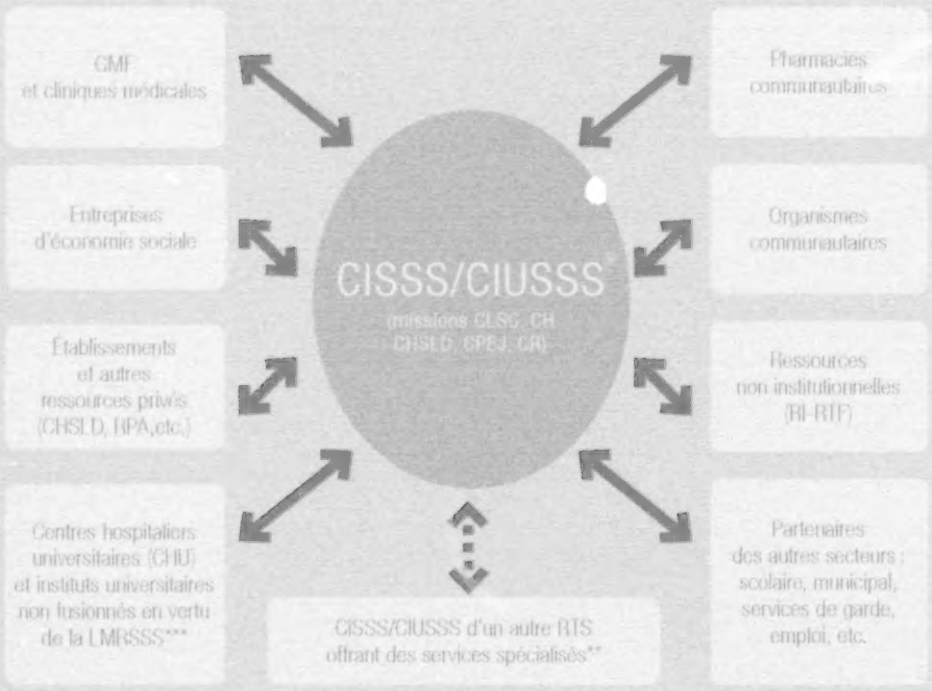
Régions sociosanitaires

1 Bas-Saint-Laurent
2 Saguenay–Lac-Saint-Jean
3 Capitale-Nationale
4 Mauricie et Centre-du-Québec
5 Estrie
6 Montréal
7 Outaouais
8 Abitibi-Témiscamingue
9 Côte-Nord
10 Nord-du-Québec
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
12 Chaudières-Appalaches
13 Laval
14 Lanaudière
15 Laurentides
16 Montérégie
17 Nunavik
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James



Annexe **3**

PRINCIPAUX ACTEURS D'UN RÉSEAU TERRITORIAL OU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX*



* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

*** La LMRSSS réfère à la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Abréviations :

- CH : centre hospitalier
- CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CISSS : centre intégré de services de santé et de services sociaux
- CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- CLSC : centre local de services communautaires
- CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CR : centre de réadaptation
- GMF : groupe de médecine de famille
- RI et RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial
- RPA : résidence privée pour aînés

Annexe 4

Politiques et plans d'action gouvernementaux ou ministériels en matière de santé et de bien-être

Adoption internationale

- Guide d'intervention en adoption internationale (2011)

Cancer

- Plan directeur en cancérologie : Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)
- Plan d'action en cancérologie 2013-2015 : Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)
- Mécanisme central de gestion d'accès à la chirurgie oncologique : cadre de référence (2012)
- Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004)
- Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe (1997)
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Cadre de référence (1996)
- Politique de suivi des femmes dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (2013)
- L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 : bilan (2010)

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

- Bilan 2008-2011 et perspectives : Un geste porteur d'avenir – Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches (2012)
- Plan d'action 2011-2014, pour l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées (2011)
- Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble(2008)
- Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique(2007)
- Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009 (2003)
- De l'intégration sociale à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux autres proches (2001)

Dépendances et itinérance

- Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 – Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance (2015)
- Politique nationale de lutte à l'itinérance - Ensemble pour éviter la rue et en sortir (2014)
- L'itinérance au Québec : Cadre de référence (2008)
- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012 (2007)
- Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006)

Développement durable

- Plan d'action de développement durable 2009-2015 : Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir (mise à jour 2013) (2013)

Femmes

- Au féminin... À l'écoute de nos besoins : Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (2010)

Jeunes en difficulté

- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012 (2007)
- De la complicité à la responsabilité : Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004)

- La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager – Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (2004)
- Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille (2002)

Maintien dans la communauté

- Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (2014)
- Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation (2007)
- Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile (2003)

Maladies chroniques

- Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (2012)

Médicaments

- La politique du médicament (2007)

Organisation du réseau des services de santé et des services sociaux

- Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et Services sociaux (2014)
- Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 (2015)
- Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : Mission, principes et critères (2010)
- Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (2014)
- Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF) (2015)

Perte d'autonomie liée au vieillissement

- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence (2011)
- Un défi de solidarité : Les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010 (2005)
- Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles (2003)
- Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001)

Périnatalité et petite enfance

- Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés - Cadre de référence (2012)
- Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 : Un projet porteur de vie (2010)
- Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie (2008)
- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence (2004)
- Naître égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité (1995)
- Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés - Cadre de référence (2012)
- Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie (2008)

Respect de la personne

- Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale (2006)
- Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique (2015)

Santé mentale

- Plan d'action en santé mentale 2015-2020 Faire ensemble et autrement (2015)
- Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS (2011)
- Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS
- Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (2010)
- Prévention du suicide: Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux (2010)
- L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide: Cadre de référence (2006)
- Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie (1998)

Santé publique

- Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec - Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2015)
- Programme national de santé publique 2015-2025: Pour améliorer la santé de la population du Québec (2015
- Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle (2011)
- La prévention et le contrôle des infections nosocomiales: Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec (2006)
- Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 (2010)
- Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire: Mise à jour 2008 (2008)
- Investir pour l'avenir: Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (2006)
- Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (2006)
- Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza: Mission santé (2006)
- Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec (2007)
- Pour une prestation sécuritaire des soins de santé au Québec: Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2015)
- Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement: Orientations 2003-2009 (2004)

Services généraux

- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Services sociaux généraux – Offre de service (2013)
- Services Info-Santé et Info-Social: Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec (2007)

Violence conjugale et agression sexuelle

- Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (2001)
- Politique d'intervention en matière de violence conjugale: Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995)